

Patientendaten		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten:		
Telefonnummer:		
Geb.-datum:		
Geschlecht:	m ☐	w ☐ d ☐
Größe in cm:	Gewicht in kg:	SSW:
Abnahmedatum:	Uhrzeit: __: __	
Barcode-Etikett hier aufkleben		
Praxisstempel		



**Zentrum
für Diagnostik
GmbH**

Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH

Zentrum für Diagnostik GmbH am Klinikum Chemnitz
 MVZ Flemmingstraße 2
 Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz
 Tel.: 0371 – 333 33403
 Fax: 0371 – 333 33430
 Mail: mvz@laborchemnitz.de
 Web: www.laborchemnitz.de

Anamnese:

klinische Angaben, Verdachtsdiagnose:

Medikamente (Name/Dosierung):

Ernährungsgewohnheiten:

☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan

Anforderungsbogen 1 - Einzelparameter

IGeL / Selbstzahler

Ärztliche Leistungen	GOÄ	Euro
Beratung < 10 min, auch telef.	1	10,72 €
Blutentnahme	250	4,19 €
Abstrich f. Mikrobiologie	298	5,36 €
Abrechnung erfolgt über den anfordernden Arzt		
Einzelparameter	Material	Euro
Hämatologie		
Kleines Blutbild	E	4,03 €
Großes Blutbild (maschinell)*	E	5,37 €
Retikulozyten	E	4,69 €
* bei bestimmten Auffälligkeiten mikroskopisches Differentialblutbild mit Folgekosten erforderlich		
Leber / Galle / Pankreas und andere Enzyme		
ASAT (GOT)	S	2,68 €
ALAT (GPT)	S	2,68 €
Alkalische Phosphatase (AP)	S	2,68 €
Gamma-GT	S	2,68 €
Bilirubin gesamt	S	2,68 €
Bilirubin direkt	S	4,69 €
Lipase	S	3,35 €
Pankreas-Amylase	S	3,35 €
Cholinesterase	S	2,68 €
Ostase (knochenspezifische AP)	S	32,18 €
Stoffwechsel (Fette, Diabetes, Gicht, etc.)		
Cholesterin gesamt	S	2,68 €
LDL-Cholesterin	S	2,68 €
HDL-Cholesterin	S	2,68 €
Non-HDL-Cholesterin (Gesamtchol., HDL-Cholesterin)	S	ber./s. EP
Triglyceride	S	2,68 €
Lipoprotein (a)	S	20,11 €
Glukose	FC	2,68 €

HbA1c	E	13,41 €
Insulin	S	16,76 €
C-Peptid	S	32,18 €
HOMA-Index (Glukose, Insulin)	FC, S	ber./s. EP
Homocystein	E	16,76 €
Harnsäure	S	2,68 €
Niere und Elektrolyte		
Kreatinin (incl. eGFR)	S	2,68 €
Cystatin C (incl. eGFR)	S	13,41 €
Harnstoff	S	2,68 €
Natrium	S	2,01 €
Kalium	S	2,01 €
Mineralstoffe und Spurenelemente		
Calcium	S	2,68 €
Phosphat	S	2,68 €
Magnesium	S	2,68 €
Zink	S	6,04 €
Selen	S	27,49 €
Kupfer	S	2,68 €
Entzündung		
CRP	S	13,41 €
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	SV	2,68 €
Eisenstoffwechsel		
Eisen	S	2,68 €
Ferritin	S	16,76 €
Transferrin	S	6,70 €
Transferrinsättigung (Eisen, Transferrin)	S	ber./s. EP
löslicher Transferrinrezeptor (lösl. TfR)	S	16,76 €
Ferritin-Index (lösl. TfR, Ferritin, CRP)	S	ber./s. EP

Material-Hinweise: S = Serum / S* = Serum (Monovette ohne Trenngel) / E = EDTA / C = Citrat / FC = Citrat/Fluorid/EDTA (GlucoEXACT) /
 SV = Sedivette / UM = Mittelstrahlurin / ST = Stuhl / SP = Spezial-Stuhlröhrchen / ber. = berechnet / s. EP = s. Einzelparameter

Einzelparameter	Material	Euro
Gerinnung		
Quick/TZW/INR	C	3,35 €
PTT	C	3,35 €
Fibrinogen n. Clauss	C	6,70 €
Vitamine		
Vitamin D (25-OH-Cholecalciferol)	S	32,18 €
Vitamin B1	E	38,20 €
Vitamin B6	E	38,20 €
Folsäure (Vitamin B9)	S	16,76 €
Vitamin B12	S	16,76 €
Holotranscobalamin (Holo-TC)	S	32,18 €
Vitamin A	S*	24,13 €
Vitamin E	S*	24,13 €
Schilddrüse		
TSH (Thyreoida-stimulierendes Hormon)	S	16,76 €
ft3 (freies Trijodthyronin)	S	16,76 €
ft4 (freies Thyroxin)	S	16,76 €
TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK)	S	36,87 €
Thyreoperoxidase-Antikörper (TPO-AK/MAK)	S	30,16 €
Thyreoglobulin-Antikörper (TAK)	S	30,16 €
Weitere Hormone		
Cortisol	S	16,76 €
Testosteron	S	23,46 €
Freies Testosteron (Testosteron, SHBG, Albumin)	S	ber./s.EP
Sexualhormon-bindendes Globulin (SHBG)	S	30,16 €
Androstendion	S	61,66 € (EP)
Dehydroepiandrosteron-Sulfat (DHEA-S)	S	23,46 €
17-Hydroxy-Progesteron (17-OH-Progest.)	S	61,66 € (EP)
Progesteron	S	23,46 €
Östradiol (Estradiol, E2)	S	23,46 €
follikelstimulierendes Hormon (FSH)	S	16,76 €
luteinisierendes Hormon (LH)	S	16,76 €
LH/FSH-Quotient	S	ber./s.EP
Prolaktin	S	23,46 €
Anti-Müller-Hormon (AMH)	S	23,46 €
Parathormon	E	32,18 €
Prostata		
Prostata-spezifisches Antigen (PSA)	S	20,11 €

Protein und Eiweißelektrophorese			
	Gesamteiweiß	S	2,01 €
	Albumin	S	2,01 €
	Eiweißelektrophorese	S	13,41 €
Borrelia-Serologie			
	Borrelia-IgG-Antikörper*	S	23,46 €
	Borrelia-IgM-Antikörper*	S	23,46 €
* bei positivem Ergebnis Bestätigungstest mit Folgekosten mögl.			
Impftiter / Infektionsserologie			
	HAV-Gesamt-Antikörper (IgG + IgM)	S	16,09 €
	Anti-HBs (quant.)	S	16,09 €
	Masern-IgG-Antikörper	S	16,09 €
	Röteln-IgG-Antikörper	S	16,09 €
	VZV-IgG-Antikörper	S	16,09 €
	CMV-IgG-Antikörper	S	16,09 €
	Toxoplasmose-IgG-Antikörper	S	23,46 €
	Toxoplasmose-IgM-Antikörper	S	23,46 €
	Parvovirus-B19-IgG-Antikörper	S	16,09 €
	Parvovirus-B12-IgM-Antikörper	S	20,11 €
B-Streptokokken-Screening Schwangerschaft			
	B-Streptokokken-Screening zzgl. Bakteriendifferenz. bei pos. Kultur	Abstrich	21,44 € + 38,20 €
Stuhldiagnostik			
	Calprotectin im Stuhl	SP	30,16 €
	Pankreas-Elastase im Stuhl	SP	32,18 €
	Helicobacter pylori-Schnelltest	ST	16,76 €
Urindiagnostik			
	Urinstatus (Teststreifen)	UM	2,35 €
	Urinsediment	UM	3,35 €
	Albumin im Urin	UM	10,05 €
Drogenscreening im Spontanurin			
	Kreatinin	UM	2,68 €
	Cannabinoide (z. B. THC, HHC)	UM	16,76 €
	Amphetamine (z. B. Crystal Meth, Speed, Ecstasy)	UM	16,76 €
	Kokain und Kokainabbauprodukte	UM	16,76 €
	Opiate (z. B. Morphin, Heroin, Hydromorphin)	UM	16,76 €
Weitere Analysen: _____ _____ _____ _____			
Voraussichtliche Gesamtkosten:			Euro

Einverständniserklärung und wirtschaftliche Aufklärung gemäß § 630c, Abs. 3 BGB:

Ich wünsche die Durchführung der oben angeforderten Laboruntersuchungen als individuelle Gesundheitsleistungen bzw. als privat veranlasste Laborleistungen. Ich wurde vor Durchführung der Untersuchungen darüber aufgeklärt, dass diese Leistungen unter den vorliegenden Umständen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und ich gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe. Soweit einzelne Untersuchungen bei Vorliegen best. medizinischer Voraussetzungen grundsätzlich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sein können, wünsche ich deren Durchführung ausdrücklich als Selbstzahlerleistung auf eigene Kosten.

Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die voraussichtlich entstehenden Kosten wurden mir erläutert bzw. können auf Wunsch vorab mitgeteilt werden. Mir ist bekannt, dass bei bestimmten Untersuchungen aus fachlichen Gründen zusätzliche Kosten für Folge- und Bestätigungsuntersuchungen entstehen können, die ebenfalls nach GOÄ berechnet werden. Soweit Untersuchungen durch ein beauftragtes Partnerlabor durchgeführt werden, bin ich mit der hierfür notwendigen Übermittlung meiner personenbezogenen und medizinischen Daten einverstanden. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt separat durch das beauftragte Labor.

Ich wurde hierüber von meinem Arzt/Therapeuten bzw. meiner Ärztin/Therapeutin informiert und werde die Kosten der angeforderten Laborleistungen selbst tragen.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten wie Anamnese, Diagnosen, Befunden und Therapieempfehlungen, erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben unter Beachtung der DSGVO und des BDSG, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten (ärztliche Dokumentation, Erstellung von Befunden, Arztbriefen, Abrechnung erbrachter Leistungen mit Kostenträgern, Abrechnungsstellen oder dem Patienten) zu erfüllen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. andere Ärzte/Labore, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, privatärztliche Verrechnungsstellen), wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der weiteren Leistungserbringung durch Partnerlabore (s. oben) und der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 30 Jahre für blutgruppenserologische Befunde. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können auch die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter best. Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ich bin damit einverstanden, dass die Zentrum für Diagnostik GmbH einschließlich des zugehörigen MVZ, meine personenbezogenen Daten zu o. g. Zwecken verarbeitet. Ich kann diese Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung jederzeit widerrufen (schriftl. Widerruf an: Zentrum für Diagnostik GmbH, Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz).

Für Mitarbeiter der Klinikum Chemnitz GmbH inkl. Tochtergesellschaften:

☐ Ich wünsche ausdrücklich keine ärztliche Beratung (vor Beauftragung o. g. Leistungen).

Ort, Datum Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte(r) bei Kindern (zusätzl. Vor- u. Nachname in Blockschrift)
Mit der Unterschrift wird die Korrektheit der Patientendaten auf der Vorderseite bestätigt.